



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE FONOAUDIOLOGÍA**

**INCIDENCIA DE ALTERACIONES MOTRICES BUCOARTICULATORIAS DEL
HABLA EN NIÑOS DE 5 AÑOS, EN LA “UNIDAD EDUCATIVA ZOILA
ESPERANZA PALACIO”. CUENCA 2017.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO
EN FONOAUDIOLOGÍA**

AUTORA:

PRISCILA MARIELA PALOMEQUE BRAVO

C.I: 0106656796

DIRECTORA:

Mst. RUTH FABIOLA PALACIOS COELLO

C.I: 0102636974

CUENCA - ECUADOR

2017



RESUMEN

ANTECEDENTES: Existen diversos estudios acerca de las alteraciones del habla entre estos las dislalias, pero son escasos los que se relacionan con motricidad bucoarticular sobre todo en Ecuador, siendo esta un área importante en la que los fonoaudiólogos ejercemos nuestra labor.

Como iniciativa y destacando una de sus funciones, se realizó un estudio acerca de las alteraciones en la motricidad bucoarticular en los niños de cinco años, tratando de prevenir una insuficiente movilidad de los órganos que participan en el habla; mandíbula, lengua, labios y paladar blando.

OBJETIVO GENERAL: Determinar la incidencia de alteraciones motrices bucoarticulatorias del habla en niños de 5 años.

METODOLOGÍA: El estudio que se realizó fue de tipo descriptivo transversal, la población estuvo constituida por 128 niños de cinco años pertenecientes a la “Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio” de la ciudad de Cuenca. Los datos fueron recolectados mediante el ítem 5 del Protocolo de Evaluación Miofuncional Orofacial – MBGR. La información obtenida se presenta en frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS: La población valorada fue de 128 niños, de los cuales el 58,6% presentó cierta alteración en la motricidad bucoarticular, el 42,2% representa el sexo masculino y el 16,4% el femenino. El rango de edad con mayor alteración fue “5 años a 5 años 3 meses”, con el 28,1%.

La alteración más frecuente fue en “vibración de lengua”, representando el 24,2% y el 18,2% de la población de estudio no lo realizó.

PALABRAS CLAVE: MOTRICIDAD BUCOARTICULATORIA, FRECUENCIA, MANDIBULA, LABIOS, LENGUA, PALADAR BLANDO.



ABSTRACT

Background: There are many studies about speech alteration, amongst those is dyslalalia, but there are few related to articulatory motor buco specially in Ecuador, being this an important area wher speech therapy do our job.

As initiative and highlighting are one of its functions, a study was done about alterations on articulatory motor buco, in five year old kids, trying to prevent movement in the organs that participate during the speech such as: jaw, tongue, lips and soft palate.

General Objective: To determine the incidence of articulatory motor buco of a five year old speech.

Methodology: The type of study was descriptive and cross-section. There were 128 five year old kids from, “Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio”, of the city of Cuenca. The date was collected by ítem 5 “Protocol of Miofunctional Orofacial Evaluation MBGR”. The data gathered is represents frequencies and percentages.

Results: From 128 five year old kids, 58,6% represented certain alterations in the articulary motor buco, the 42,2% represents males and 16,4% represents females. The most alteration in a birth range is between “5 years to 5 years 3 months”, with 28,1%. The alteration more frequent was in “tongue vibration”, representing 24,2% and 18,2% of the kids did not participate.

KEYWORDS: ARTICULATORY MOTOR BUCO, FREQUENCY, JAW, LIPS, TANGUE, SOFT PALATE.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.3 JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II	14
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	14
2.1 MOTRICIDAD ORAL	14
2.1.1 Historia	14
2.1.2 Concepto	15
2.2 SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO	15
2.2.1 Cavidad oral	16
Mandíbula.....	17
Labios.....	20
Lengua	23
Velo del paladar	26
Mejillas	27
Dientes	28
Paladar duro.....	29
Alveolos.....	29
Fosas nasales	29
2.3 HABLA	30
2.3.1 Desarrollo de praxias orales:.....	31
2.3.2 Adquisición de fonemas:	32
2.3.3 Clasificación de fonemas según la participación de la estructura oral. ...	33
2.4 ORIGEN DE LOS MOVIMIENTOS BUCOARTICULATORIOS	34
2.5 PROTOCOLO DE EVALUACIÓN MIOFUNCIONAL OROFACIAL (MBGR).....	34



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPÍTULO III	37
3. OBJETIVOS	37
3.1 OBJETIVO GENERAL	37
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
CAPÍTULO IV	38
4. DISEÑO METODOLOGICO	38
4.1 TIPO DE ESTUDIO	38
4.2 AREA DE ESTUDIO	38
4.3 UNIVERSO	38
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	38
4.5 VARIABLES	39
4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	39
4.6 PROCEDIMIENTOS, MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTO	41
4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	41
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	42
CAPÍTULO V	43
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS	43
CAPÍTULO VI	58
6. DISCUSIÓN	58
CAPÍTULO VII	62
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
7.1 CONCLUSIONES	62
7.2 RECOMENDACIONES	63
8. BIBLIOGRAFÍA	64
ANEXOS	69
ANEXO 1	69
ANEXO 2	71
ANEXO 3	72
ANEXO 4	74
ANEXO 5	75
ANEXO 6	77



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Yo, Priscila Mariela Palomeque Bravo, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“INCIDENCIA DE ALTERACIONES MOTRICES BUCOARTICULATORIAS DEL HABLA EN NIÑOS DE 5 AÑOS, EN LA UNIDAD EDUCATIVA ZOILA ESPERANZA PALACIO. CUENCA 2017”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realiza la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 20 de octubre de 2017.

Priscila Mariela Palomeque Bravo

C.I.: 0106656796



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Priscila Mariela Palomeque Bravo, autora del Proyecto de Investigación, “INCIDENCIA DE ALTERACIONES MOTRICES BUCOARTICULATORIAS DEL HABLA EN NIÑOS DE 5 AÑOS, EN LA “UNIDAD EDUCATIVA ZOILA ESPERANZA PALACIO”. CUENCA 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 20 de octubre de 2017.

Priscila Mariela Palomeque Bravo
C.I.: 0106656796



UNIVERSIDAD DE CUENCA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi padre celestial, Dios, por planificar mi vida, y estar presente en cada momento y en mi corazón, por guiarme hacia sus planes, porque todo lo que Él hace es bueno. Gracias Señor. Agradezco también a mi familia por apoyarme en cada momento de mi vida.

Quiero agradecer a todos los docentes de la carrera de fonoaudiología, por compartir sus conocimientos para ser mejores profesionales. Un agradecimiento especial para el Lcdo. Edgar Carvajal, más que un docente un amigo, por permitir que este proyecto se lleve a cabo, y a la Mst. Fabiola Palacios, por todo el apoyo que he recibido durante la elaboración de mi proyecto.

Agradezco a todas las personas que hicieron posible el presente estudio, a las docentes de la Unidad Educativa "Zoila Esperanza Palacio", quienes dedicaron un poco de su tiempo para poder cumplir con los objetivos planteados.

Finalmente, agradezco a los compañeros que supieron expresar su apoyo durante la elaboración de este proyecto.



DEDICATORIA

Este proyecto va dedicado primero a Dios, quien me ha dado todas las fuerzas que las he necesitado durante mi vida y en el transcurso de mis estudios.

A mis padres, Manuel y Narcisa, quienes son un ejemplo para mí, por el inmenso apoyo que he recibido durante mi etapa estudiantil, por sus consejos, su amor, y por todo lo que han hecho para sacarnos adelante.

A mi esposo, René, por ser mi apoyo diario y estar presente en cada momento de mi vida, por demostrarme su amor, a mis dos hermosas hijas, Michelle y Stefany, quienes han sido la fuerza mayor para seguir adelante.

A mis hermanos, por estar en todo momento para apoyarme.

Y finalmente, a todos mis amigos y compañeros que han estado presente en todo momento, demostrando ser excelentes personas y siempre con humildad.

Con la Bendición de Dios.

Priscila Palomeque B.



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La fonoaudiología se encarga de evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar problemas relacionados con el lenguaje, habla, voz, audición y deglución siendo importante su intervención para así evitar o corregir dificultades en la comunicación.

Una de las diversas disciplinas que evalúa el fonoaudiólogo es la motricidad oro facial, considerándose esta como una serie de movimientos coordinados de los órganos del sistema buco articulatorio, el mismo que está conformado por músculos, huesos, articulaciones, órganos, venas, arterias y nervios que cumplen una serie de funciones; entre ellas está la succión, masticación, deglución y el habla. Cualquier patología anatómica y funcional de los órganos que conforman la estructura bucal, será una de las causas para que se produzcan dificultades en la articulación de las palabras, dándonos como resultado una dislalia orgánica (trastorno de la articulación del habla debido a una alteración anatómica y funcional de los órganos periféricos activos y pasivos que intervienen en el habla) y una dislalia funcional (trastorno de la articulación de la palabra debido a una función anómala de los órganos periférico activos que intervienen en el habla).

Es importante valorar la estructura y función de dichos órganos para prevenir problemas en la comunicación de los niños, siendo los cinco años una edad adecuada, ya que los movimientos están en mayor parte desarrollados por lo tanto ya presentan todos los fonemas articulados correctamente (1). La mayor parte de los trastornos en la articulación son normales, por el transcurso de adquisición lingüística, si persisten se llegan a automatizarse, como consecuencia, serán más difíciles de corregir (2).



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El habla al ser un acto de fonación y articulación, va a depender de la funcionalidad de diversos órganos que conforman el aparato fonoarticulador como: pasivos (dientes, paladar duro, alveolos, fosas nasales) y activos (mandíbula, labios, lengua, velo del paladar, mejillas) todos estos coordinan movimientos para emitir fonemas.

El papel que cumple un fonoaudiólogo es: prevenir, diagnosticar, rehabilitar y realizar seguimiento de los problemas en la comunicación humana, dentro de estos se encuentran las alteraciones en el habla, siendo una de las causas la insuficiente funcionalidad de los órganos bucoarticulatorios, considerada por los fonoaudiólogos la más importante entre las Dislalias.

Para identificar si existe alguna alteración en la motricidad bucoarticulatoria es indispensable realizar una valoración funcional de los órganos que participan en el habla, analizando la movilidad de ciertas estructuras que permitirán una articulación adecuada, como: mandíbula, labios, lengua y paladar blando, ya que son órganos que están en movimiento y una dificultad en su funcionamiento puede interferir en la articulación de los fonemas.

En Ecuador los niños a partir de los cinco años se encuentran listos para empezar una etapa escolar (3), siendo aquí su inicio para el desarrollo de su aprendizaje. La mayor parte de ellos no se encuentran preparados, ya que el problema que comúnmente poseen es alguna dificultad en sus movimientos orales que interpone su habla normal, evitando un desenvolvimiento correcto en su desarrollo educativo.

Existen estudios acerca de dichos movimientos como en Chile, en el que se describe la valoración de movimientos orofaciales a niños de 3 a 5 años, tomando en cuenta que a la edad de 5 años los niños ya pueden realizar protrusión, vibración, retracción de labios en un porcentaje de 90%-100%.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

En cuanto a movimientos linguales como el chasquido y elevación lingual representan el 80%-100%. En elevación lingual indica un logro de 80%-100% (4). Se demuestra que la maduración motriz valorada en esta edad es alta.

Sin embargo, en México en un estudio denominado “Alteraciones del Lenguaje en Niños del Occidente de México” realizado a niños de 3 a 6 años, en el año 2011, menciona que la causa principal en alteraciones fonológicas son las dificultades de las praxias orofaciales, siendo los más afectados entre la edad de 5 a 6 años (5).

Otro estudio realizado en Chile en el año 2009, menciona que el 95% de adquisición de fonemas está presente dentro de los 5-6 años (6), considerando un alto grado de madurez en los movimientos bucoarticulatorios. Por lo tanto, la valoración de la estructura oral, podrá definir si existe la correcta madurez en los movimientos articuladores del habla que deben tener presente los niños de cinco años. En Ecuador se carece de datos que expongan la funcionalidad de los órganos articulatorios.

Muy aparte de enfocarnos en la prevención de problemas de la comunicación como fonoaudiólogos, también nos hemos centrado en resaltar un área importante en la fonoaudiología como es la motricidad oral o motricidad bucoarticulatoria. Se ha observado que el campo de la motricidad bucoarticulatoria no ha sido tomado muy en cuenta en el Ecuador, sabiendo que el Fonoaudiólogo cumple funciones de gran importancia, en la prevención y en la rehabilitación de las patologías relacionadas a esta.

Existen en gran cantidad estudios relacionados con dislalias en nuestro país, los últimos fueron elaborados en el año 2013 (7), pero son escasas las investigaciones en el área de la motricidad oral.

En otros países se realizan diversos estudios como en Chile en el año 2012, elaborado acerca de la valoración de movimientos orofaciales en niños de 3 a 5 años, descrito anteriormente. En España 2015, “Caracterización en Motricidad Orofacial de una Población Adulto Mayor” (8), y “Fisioterapia orofacial y de



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Reeducación de la deglución” realizado en el año 2003 en el mismo país (9). En Buenos Aires, 2012 “Tratamiento a la motricidad articularia desde la clase de educación física a escolares disártricos”(10). En Salamanca 2016, acerca de “Disfunciones orofaciales en la infancia” (11). Entre otros.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio busca resaltar una de las diversas funciones que cumple un fonoaudiólogo, como es la prevención, a la vez se expone la importancia de valorar la funcionalidad de los órganos que intervienen en la formación de palabras y que frecuentemente se encuentran alterados en su movimiento siendo la mandíbula, lengua, labios y paladar blando los que más problemas tienen.

Los niños que necesitan una valoración son los de cinco años ya que inician su etapa escolar, por lo tanto, sus movimientos que facilitarán el habla deben presentar una adecuada funcionalidad. La investigación ayudará a identificar a tiempo ciertas alteraciones en la motricidad bucoarticularia, para así evitar un trastorno en el habla que dificulte su aprendizaje escolar, y proceder con sus respectivas recomendaciones. Se ha empezado con la Unidad Educativa “Zoila Esperanza Palacio”, por presentar un mayor número de niños de esta edad, deseando que se pueda continuar y ampliar esta prevención en otras Unidades Educativas, haciendo conocer nuestra labor como fonoaudiólogos.

Por otra parte, a través de este proyecto se desea incentivar a realizar más investigaciones relacionadas con el campo de la motricidad oral, ya que en Ecuador esta área no es muy nombrada a comparación de otros países, careciendo así de estudios. A la vez brindará datos para futuros análisis e investigaciones fonoaudiológicas, acerca de la frecuencia en la que se encuentra afectada la motricidad bucoarticularia de los niños de cinco años.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 MOTRICIDAD ORAL

2.1.1 Historia

En el año de 1970, inicia el papel del trabajo fonoaudiológico en el área de motricidad orofacial. A partir de esta fecha surge las primeras publicaciones sobre motricidad orofacial en libros y en artículos científicos. Se creó instituciones con fonoaudiólogos y otros profesionales que se interesaban en estudiar el sistema estomatognático.

En 1972, en Estados Unidos, fue establecida la primera asociación de fonoaudiólogos, surge el trabajo de motricidad orofacial: “International Association of Orofacial Myology”. Esta asociación dio lugar a más sociedades, destinadas a publicar investigaciones y trabajos científicos.

En 1998, la sociedad brasilera de Fonoaudiología, creó el comité de motricidad orofacial denominado actualmente “Departamento de Motricidad orofacial”. Permitiendo el crecimiento de diversas asociaciones en Argentina, Brasil, y Perú.

En el 2012, se reunieron sesenta participantes de diferentes países en la Universidad de California para discutir las necesidades de esta área en el mundo, originando una academia denominada “Academy of Applied Myofunctional Sciences (AAMS)”. Por consiguiente, continuaron con la fundación de varias sociedades tomando en cuenta el área de motricidad orofacial.

Se organizó congresos, simposios y encuentros para fomentar el desarrollo académico y científico del área de motricidad orofacial, se creó fuentes científicas con la finalidad de contribuir información a todos los investigadores, docentes y clínicos,

El propósito de todas estas actividades científicas que se han venido dando a través de los años, fue para promover e incentivar a la prevención en salud sobre



UNIVERSIDAD DE CUENCA

las patologías del sistema miofuncional y orofacial desde la gestación hasta el envejecimiento.

El 26 de junio de 2015, en la ciudad de Lima- Perú, se reunieron varios participantes de Colombia, Chile, Argentina, Brasil, Perú, Ecuador, Panamá, México, Estados Unidos, España y Portugal con el objetivo de presentar ante la comunidad académica y científica el día de la motricidad orofacial.

La fecha de conmemoración es el 17 de febrero, día que fue escogido en homenaje a la Dra. Irene Marchesan, por aportar al crecimiento y desarrollo de la motricidad orofacial en Brasil y en el mundo.

2.1.2 Concepto

La motricidad orofacial es el campo de la fonoaudiología que se ocupa del estudio, investigación, prevención, evaluación, diagnóstico, desarrollo, habilitación, perfeccionamiento y rehabilitación de los trastornos congénitos o adquiridos del sistema miofuncional orofacial y cervical del ser humano, a la vez de sus funciones que son; succión, masticación, deglución, respiración y fonarticulación desde la gestación hasta el envejecimiento (5).

El fonoaudiólogo desempeña una función importante dentro de esta disciplina, y es la evaluación de los órganos fonarticulatorios: lengua, labios, mandíbula, paladar, con sus respectivas funciones, ya que, si existe una funcionalidad inadecuada, provocará dificultades en la articulación de los fonemas que produce el habla. La valoración de estas estructuras que participan en la articulación de palabras, permitirá concretar si un paciente requiere de intervención terapéutica (5).

2.2 SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Cuando hablamos de sistema estomatognático nos referimos a una unidad morfofuncional que se localiza en el territorio cráneo-cérvico-facial, está constituida por estructuras esqueléticas, musculares, angiológicas, nerviosas, glandulares y dentales.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El vocablo estomatognático proviene del griego stoma=boca y gnados=mandíbula. Este sistema cumple ciertas funciones tales como: masticación, deglución, fonoarticulación, respiración y degustación.

Componentes anatómicos del sistema estomatognático:

El sistema estomatognático se compone por:

- Huesos: cráneo, hioides, columna cervical y su interrelación con clavícula y esternón.
- Articulaciones: articulación temporo-mandibular, dento-alveolar, vertebral (intervertebral cervical y columna cervical-cráneo).
- Músculos: Como los mandibulares, faciales, infrahoideos y cervicales.
- Órganos: mandíbula, dientes, lengua, labios, mejillas, paladar duro y blando y glándulas salivales.
- Sistema vascular: arterial, venoso y linfático.

2.2.1 Cavity oral

La cavidad oral o boca es el inicio del tubo digestivo. Está delimitada en la parte anterior por los labios, en la posterior por las papilas circunvaladas de la V lingual, en la inferior se encuentra el piso de la boca, en la superior la unión entre el paladar duro y blando y lateralmente las mejillas. Su estructura ósea está formada por la mandíbula, maxilar superior y el hueso palatino.

Al estar situada en la región supra laríngea, cumple un papel importante en la resonancia debido a las diversas estructuras que la componen, a la vez participan en la formación fonética. Podemos dividir a dichas estructuras en órganos activos y órganos pasivos.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Órganos Activos

Son los que poseen la capacidad de movimiento, indispensable para la articulación de las palabras al realizar la función del habla. Estos son: mandíbula, labios, lengua, velo del paladar y mejillas.

Mandíbula

La mandíbula o también denominado maxilar inferior, es un hueso impar, se ubica en la parte inferior de la cara, considerado como el único hueso móvil debido a su relación con la articulación temporo-mandibular. Forma el piso de la boca en conjunto con el hueso hioides.

La mandíbula se divide en un cuerpo y dos ramas:

Cuerpo: tiene forma de herradura, en este se puede encontrar dos caras (anterior y posterior) y dos bordes (superior e inferior).

- **Cara anterior:** la cara anterior se relaciona con el vestíbulo y la región superficial de la cara. En la zona media presenta una eminencia triangular denominada protuberancia mentoniana. Por encima y lateralmente se encuentra la fosita mentoniana, en el cual se inserta el músculo mentoniano e incisivo inferior.

Cerca de los premolares se encuentra el agujero mentoniano por donde pasan los nervios y los vasos mentonianos. Debajo de este agujero se inserta los músculos; depresor de labios inferior, depresor del ángulo de la boca y plastima. Detrás del agujero mentoniano y debajo de los molares, en la parte anterior se encuentra la línea oblicua, en la cual se inserta el músculo buccinador.

- **Cara posterior:** en la parte posterior en la línea media se encuentra la espina mentoniana, en donde se insertan dos músculos; el geniogloso y el genihioideo. También se encuentra la línea milohioidea, en la cual se inserta el músculo milohioideo. Por arriba de esta línea se encuentra la fosa sublingual formando parte de la pared inferior de la cavidad bucal y en la parte de abajo la fosa submandibular.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

-
- **Borde superior o alveolar:** está formado por la cresta del proceso alveolar.
 - **Borde inferior:** es de característica gruesa y resistente, en este se inserta la lámina superficial de la fascia cervical profunda. A cada lado de la línea media, presenta una superficie denominada fosita digástrica, en la que se inserta una parte músculo digástrico.

Ramas: las ramas de la mandíbula son una derecha y otra izquierda con forma rectangular, cada una posee una cara lateral y medial y cuatro bordes; superior inferior, anterior y posterior.

- **Cara lateral:** presenta inserción para el músculo masetero.
- **Cara medial:** se encuentra el agujero mandibular, en el que se produce el paso del nervio alveolar inferior y vasos alveolares.
- **Borde anterior:** el borde anterior de la rama presenta dos labios lateral y medial y entre estos una superficie acanalada denominada fosa retromolar. El labio lateral se continúa arriba con el borde anterior de la apófisis coronoides y abajo con la línea oblicua. El labio medial o cresta temporal se origina en la cara medial de la apófisis coronoides y termina en dos crestas que delimitan una pequeña superficie triangular llamada el trígono retromolar, su borde anterior es el orificio del alveolo del tercer molar. La cresta lateral de trígono retromolar o cresta buccionatriz da inserción al músculo buccinador. La cresta medial del trígono y la superficie comprendida entre ella y la línea milohioidea da inserción al constrictor superior de la faringe.
- **Borde posterior:** de aspecto grueso y redondeado, está en contacto con la glándula parótida y presta inserción al ligamento estilo mandibular.
- **Borde superior:** consta de dos apófisis, coronoides adelante y el cóndilo atrás separado por la escotadura mandibular. La apófisis coronoides presta inserción al tendón y a algunos haces del músculo temporal. El cóndilo mandibular articula con el hueso temporal por medio de la



UNIVERSIDAD DE CUENCA

articulación temporomandibular (ATM) consta de un cuello corto y una cabeza.

- **Borde inferior:** prolonga el borde inferior del cuerpo y se continúa con el borde posterior de la rama a nivel del ángulo mandibular. Presta inserción a los músculos masetero y pterigoideo medial.

Articulación temporomandibular (ATM)

La ATM se forma por la unión entre el hueso temporal y el cóndilo de la mandíbula, ubicada en la superficie lateral de la misma.

- Medios de unión:

La ATM se une mediante la capsula articular, la misma que rodea a las superficies articulares. Se inserta en el hueso temporal, en la fisura petroescamosa, en la fosa mandibular, y en la base de la espina del esfenoides. En la parte inferior se inserta en el cuerpo de la mandíbula.

- Vascularización e innervación.

La ATM está vascularizada por ramas de las arterias temporal superficial y maxilar. Esta innervada por ramos del nervio mandibular.

- Movimientos que realiza la Articulación temporomandibular.

El cóndilo de la mandíbula se desplaza sobre la superficie articular del temporal en sentido anteroposterior, también se puede desplazar en sentido transversal de medial a lateral o viceversa, y puede realizar movimientos de rotación.

Los músculos que ayudan a los movimientos de la mandíbula son los masticadores en conjunto con los suprahiodeos.

Los músculos que elevan la mandíbula son el pterigoideo temporal medial y el masetero, los que descienden son el digástrico y el milohioideo.

El movimiento de protrusión está dado por los músculos pterigoideo lateral, temporal y masetero.

La regresión se realiza por las fibras posteriores y profundas de los músculos temporal y masetero.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El movimiento de lateralidad está dado por el músculo pterigoideo lateral opuesto a lado movilizadado.

Labios

Los labios se ubican debajo de la pirámide nasal y encima de la porción mentoniana, entre las mejillas. Está compuesto por dos repliegues músculo-membranosos, inferior y superior, formando la parte anterior del vestíbulo de la boca.

- **Cara posterior:** la parte posterior de los labios se encuentra cubierta por mucosa. En la porción posterosuperior del labio se encuentra el frenillo labial, y en el labio inferior este se encuentra menos desarrollado.
- **Borde libre:** el labio superior presenta el tubérculo labial con una depresión pequeña a cada lado. El labio inferior presenta una depresión con una pequeña elevación. La unión estructural de los labios siguiendo a los extremos recibe el nombre de comisura labial, que se encuentra a cada lado. La unión de la piel con la mucosa de transición del labio superior forma el arco de cupido.

Irrigación

La irrigación de los dos labios está dada por un conjunto formado por las arterias labiales coronarias superior e inferior, ramas de la arteria facial en menor parte y por la arteria transversa de la cara, bucal, mentoniana y submentoniana.

Componentes musculares según la función de los labios:

- **Acción del beso:** se da por acción de músculos vecinos que envían fascículos de los labios como los buccinadores, elevadores de la comisura labial y los depresores de la comisura labial.
- **Retracción de labios:** al realizar hacia la cara vestibular de los dientes el músculo que se contrae es el orbicular de los labios.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Músculos de los labios:

La musculatura labial se puede clasificar en tres grupos basados en la inserción:

Grupo I: Músculos que se insertan en el modiollo:

- **Orbicular de los labios:** se sitúa alrededor de la apertura de la boca, llamado también esfínter labial. Tiene su origen en la línea media del maxilar superior, sus fibras se dirigen de forma concéntrica a la boca insertándose en la piel y la comisura de los labios.
Acción: fruncir los labios y cerrar la boca.
- **Buccinador:** se inserta en el borde alveolar del maxilar, en el borde alveolar de la mandíbula y en el ligamento pterigomandibular, sus fibras se dirigen hacia adelante para llegar hacia las comisuras. Es el músculo que forma la mayor parte de las mejillas.
Acción: participa en la función del soplo y ayuda a la masticación.
- **Canino:** tiene su origen en el reborde infraorbitario del maxilar, sus fibras se dirigen hacia la piel del labio superior.
Acción: realiza elevación del labio superior.
- **Triangular de labios:** tiene su origen en el borde inferior de la mandíbula, sus fibras se dirigen hacia arriba y hacia adentro de la piel del labio superior,
Acción: mueve la comisura del labio hacia abajo y afuera formando una hendidura bucal, da el aspecto de tristeza.
- **Cigomático mayor:** se origina en la cara externa del malar, sus fibras van hacia abajo y adelante.
Acción: eleva el labio superior, formando la sonrisa.
- **Risorio:** tiene su origen en la aponeurosis maseterina, sus fibras se dirigen hacia adelante.
Acción: al contraer los labios, tira de la comisura ensanchando la boca.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Grupo II: Músculos que se insertan en el labio superior.

- **Elevador propio del labio superior:** se origina en la cara anterior del maxilar, sus fibras van hacia afuera.
Acción: asciende el labio superior y resalta el surco labiogeniano.
- **Elevador propio del labio superior y del ala nasal:** tiene su origen en la apófisis ascendente del maxilar y en el cartílago alar de la nariz, sus fibras van hacia afuera y acaban en la piel del ala nasal y del labio superior.
Acción: eleva e invierte el labio superior dilatando el orificio nasal.
- **Cigomático menor:** se origina en la cara externa del hueso malar, sus fibras se dirigen hacia abajo para insertarse en la dermis del labio superior.
Acción: tracciona hacia arriba y afuera el labio superior.

Grupo III: Músculos que se insertan en el labio inferior.

- **Cuadrado del mentón:** se inserta en el tercio interno de la línea oblicua externa y en la piel del labio inferior.
Acción: lleva el labio inferior hacia abajo y afuera.
- **Mentoniano:** se inserta en la fosita mentoniana, sus fibras terminan en la dermis de la piel del mentón.
Acción: lleva hacia arriba el rodete mentoniano, elevando el surco mentolabial.
- **Platisma:** se ubica en la parte anterior del cuello originándose en la fascia que recubre los músculos pectoral mayor y deltoides, se inserta en el borde inferior de la parte anterior de la mandíbula.
Acción: depresor del labio.



Lengua

Es un órgano macizo, muscular mucoso e impar que se encuentra fijado por su raíz, presenta gran movilidad en la parte anterior y cumple varias funciones como la masticación, succión, deglución y articulación. Además, la lengua contiene receptores destinados al tacto y al gusto, participando en la formación del bolo alimenticio y su paso hacia la faringe.

Configuración externa. Presenta dos caras y dos bordes (derecho e izquierdo): cara dorsal orientada hacia la bóveda palatina y la faringe, cara ventral orientada hacia el suelo de la boca.

La lengua se divide en tres regiones: raíz o base, cuerpo o dorso y la punta denominada también ápice. La raíz se encuentra en unión al hueso hioides quedando libre el dorso y el ápice para su movilidad.

- **Cara dorsal (superior):** de forma convexa, con una porción faríngea y otra bucal dividida por un surco en forma de V que se denomina surco terminal, en su vértice se encuentra una depresión pequeña denominado agujero ciego o foramen cecum.
- **Cara ventral de la lengua (inferior):** cubierta por una mucosa lisa brillante, se distingue un surco medio y un pliegue mucoso denominado frenillo lingual.
- **Bordes de la lengua:** son de características gruesas por detrás y se van afilando hacia adelante, encontrándose varios pliegues verticales.
- **Punta o vértice de la lengua:** forma parte del extremo anterior de la porción libre de la lengua.

Músculos de la lengua

La lengua posee dos grupos de músculos linguales: intrínsecos y extrínsecos. Los primeros se originan en la propia lengua a comparación de los extrínsecos que provienen de lugares adyacentes y se insertan en ella.

Músculos extrínsecos. Se clasifican en tres grupos:



UNIVERSIDAD DE CUENCA

-
- Los que se insertan en los huesos vecinos: geniogloso en la mandíbula, estilogloso en el temporal, hiogloso en el hioides.
 - Los que se originan en órganos vecinos: palatogloso en el velo del paladar, faringogloso en la faringe, y amigdalogloso en la cápsula de la tonsilla palatina.
 - Los que se originan en el hioides y los pliegues glosopiglóticos: longitudinal superior y longitudinal inferior.

- **Geniogloso:** ubicado a cada lado del septo lingual, se expande hacia la espina mentoniana, se caracteriza por ser el músculo más voluminoso de la lengua. Las fibras posteriores se dirigen hacia el cuerpo del hioides y la membrana hioglosa, las fibras medias numerosas terminan en la cara profunda del dorso de la lengua y las fibras anteriores en la punta de la lengua.

Acción: las fibras anteriores y superiores realizan que la punta de la lengua se proyecte hacia abajo y atrás, las fibras medias realizan protrusión y las posteriores dirigen hacia adelante y arriba.

- **Estilogloso:** se extiende desde el proceso estilohiideo hasta la lengua. Se inserta en la proximidad de la cara antero lateral del proceso estilohiideo y del ligamento estilomandibular.

Acción: su función es llevar la lengua hacia arriba y atrás.

- **Hiogloso:** situado por fuera de la raíz de la lengua, se extiende desde el hueso hioides hasta la lengua. Se inicia por dos porciones una en el cuerpo del hioides, basiogloso y otra a lo largo de la asta mayor del hioides, la porción ceratoglosa. Las fibras se dirigen hacia adelante y arriba en forma oblicua.

Acción: llevar la lengua hacia atrás y abajo, permite que la lengua cuando este en protrusión regrese hacia atrás.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

-
- **Palatogloso:** está contenido en el arco palatogloso, se origina en la raíz de la lengua por dos fascículos anteroposterior que sigue el margen de la lengua y el fascículo transversal originado del tabique lingual.
Acción: elevar la raíz de la lengua.
 - **Faringogloso:** constituye una porción del constrictor superior de la faringe, termina en los bordes de la raíz de la lengua.
Acción: dirigir la lengua hacia atrás y hacia arriba.
 - **Amigdalogloso:** se inserta por atrás en la fascia faríngea a nivel de la cápsula de la tonsilla palatina, las fibras se dirigen hacia abajo hasta la raíz de la lengua.
Acción: llevar la raíz de la lengua hacia atrás en dirección al velo del paladar.
 - **Músculo longitudinal superior:** considerado un músculo impar, se extiende desde los pliegues glosopigloticos hasta la punta de la lengua. Se inserta en los pliegues glosopiglóticos medio y laterales y en las astas menores del hioides, se dirige hacia adelante hasta la punta de la lengua.
Acción: elevar la punta de la lengua y dirigirla hacia atrás
 - **Músculo longitudinal inferior:** se sitúa en la cara ventral de la lengua, se extiende desde el hueso hioides hasta la punta de la lengua, se inicia en la asta menor del hioides, y se dirige hacia adelante terminando en la punta de la lengua lateral al geniogloso.
Acción: retrae la lengua, acorta en su eje anteroposterior, y lleva la punta de la lengua hacia abajo y atrás.

Músculos Intrínsecos:

- **Transverso:** se extiende desde el borde de la lengua hacia el septo lingual, y se dirige horizontalmente hacia afuera terminando en la cara profunda de la mucosa del borde de la lengua.
Acción: su contracción eleva y aproxima los bordes de lengua.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- **Vertical:** constituido por un conjunto de fibras musculares extendidas desde la cara dorsal hasta la cara ventral de la lengua y hacia la proximidad de los bordes de esta.

Acción: disminución del espesor de la lengua.

Velo del paladar

El velo del paladar es una musculatura mucosa móvil, formado por un haz de fibras musculares. Los pliegues laterales que se encuentran en el velo se fusionan con la faringe, y el borde inferior queda libre.

El velo del paladar separa la boca de la faringe y se eleva para obstruir la entrada a la vía nasal en la deglución y en la salida de aire hacia la nariz durante la emisión de fonemas. En la línea media del borde posterior posee una proyección cónica que se denomina úvula.

El paladar blando o velo del paladar contiene dos caras:

- Anterior: es cóncava y lisa continua al paladar duro.
- Posterior: no se puede visualizar, es convexa con una saliente mediana levantada por los músculos de la úvula.

Movimientos palatinos:

- Elevación del velo del paladar: el velo realiza movimientos posterosuperiores, haciendo contacto con la pared faríngea posterior durante la conversación oral.
- Descenso del velo del paladar: se produce cuando hay emisión de sonidos nasales, y al final de la conversación.

Inervación: los nervios sensoriales proceden de las ramas palatinas mayor, menor y nasopalatina del nervio maxilar, así como del nervio glossofaríngeo.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Músculos del velo del paladar:

- **Tensor del velo del paladar (periestafilino externo):** se encuentra en la fosa pterigoidea y en el velo del paladar por fuera de la trompa de Eustaquio y del constrictor superior.
Acción: tensa la aponeurosis palatina y dilata la trompa de Eustaquio.
- **Elevador del velo del paladar (periestafilino interno):** se encuentra por fuera de la trompa de Eustaquio y por fuera del constrictor superior.
Acción: eleva el velo del paladar y dilata la trompa de Eustaquio.
- **Palatogloso (glosoestafilino):** es un músculo par situado en el pilar anterior del velo del paladar, va desde el velo del paladar a la lengua.
Acción: lleva la lengua hacia arriba y hacia atrás
- **Palatofaríngeo (faringoestafilino):** situado en la pared lateral y posterior de la faringe. Se dirige del velo del paladar a la pared posterior de la faringe.
Acción: estrecha el istmo faringonasal, baja el velo, eleva la faringe y la laringe.
- **Palatoestafilino (faringoestafilino o músculo de la úvula):** se sitúa en el velo del paladar por encima de la aponeurosis palatina, se dirige del velo del paladar hacia la úvula, sus fibras se dirigen hacia atrás cerca de la línea media y termina en la submucosa de la úvula.
Acción: retrae la úvula.

Mejillas

Las mejillas forman parte de las paredes laterales de la cavidad oral, son de forma cuadrilátera, se encuentra limitada en la parte anterior por el surco nasogeniano, labiogeniano y la comisura labial. En la parte posterior limita con el borde anterior del músculo masetero, en la parte superior con el plano que pasa por el hueso cigomático y por debajo con el borde inferior del cuerpo de la mandíbula. Las mejillas poseen dos caras: la cara externa o cutánea y la cara interna o vestibular, cubierta por una mucosa.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

La inervación sensitiva está dada por los nervios mentoniano, infraorbitario y bucal, mientras que la inervación motora procede del nervio facial.

Músculos relacionados con los movimientos de mejillas

- **Cigomático mayor:** se inserta en la mejilla en forma de triángulo, se origina de la cara externa del cigomático y se dirige hacia la comisura labial.
Acción: elevador y abductor de la comisura labial.
- **Cigomático menor:** se inserta en la mejilla en forma de cinta, se inicia en la parte inferior de la cara externa del cigomático hacia la piel del labio superior.
Acción: elevador y abductor de la parte media del labio superior.
- **Buccinador:** descrito anteriormente, en músculos de labios.

Órganos pasivos: los órganos pasivos no presentan movilidad en la articulación de palabras, sin embargo, estos sirven como resonadores para la emisión de los fonemas.

Dientes

Los dientes son piezas anatómicas que se ubican en el maxilar superior, separan el vestíbulo de la cavidad oral. Forman dos arcadas una situada en el maxilar superior y otra en la mandíbula, la arcada superior tiene forma de hemielipse y la inferior de parábola, impidiendo que los dientes encajen exactamente.

Los dientes se hallan fijados a los alveolos de la apófisis alveolar de la mandíbula y el maxilar y se encuentran separados por tabiques intra-alveolares.

Según la forma de la corona y su función existen cuatro tipos de dientes:

- Incisivos 8 piezas: dientes anteriores con bordes afilados cortan los alimentos
- Caninos 4 piezas: con forma de cúspide puntiaguda o llamados colmillos desgarran los alimentos.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

-
- Premolares 8 piezas: poseen dos cúspides puntiagudas, desgarran y aplastan los alimentos.
 - Molares 12 piezas: cúspides anchas trituran los alimentos.

Función de los dientes. Los dientes cumplen varias funciones como:

- Masticatoria.
- Fonética.
- Estética.
- Expresión facial.

Paladar duro

Constituye el techo de la cavidad oral, formado por la apófisis palatina del maxilar y las láminas horizontales de los huesos palatinos, unidos por la línea media. Se encuentra revestido por una membrana mucosa, forma un arco que une los laterales y la porción anterior de la encía superior, constituye el suelo de la cavidad nasal y el techo de la cavidad oral. Participa como resonador en la producción fonética.

Alveolos

Los alveolos son las divisiones que presenta el hueso alveolar, en estos se insertan las piezas dentarias. Presenta tres regiones, la de las placas corticales, esponja y la alveolar. Los alveolos ayudan como punto de articulación fonética, el ápice lingual se proyecta hacia los alveolos para la formación de fonemas como /r/, /s/, /l/.

Fosas nasales

Son estructuras intermedias entre el exterior y la faringe a la cual lleva el aire separada de la boca por el velo del paladar. Intervienen en la fonación, proporcionando cámaras de resonancia para la voz emitida, y en la producción de consonantes nasales, /m/ y /n/, permitiendo la abertura del paladar blando durante la pronunciación.



2.3 HABLA

El habla es un acto motor que tiene por finalidad la producción de sonidos significativos para la transmisión del lenguaje (12).

Por medio del habla nosotros expresamos nuestro lenguaje interior, se produce por el flujo de aire que pone en vibración las cuerdas vocales y ocasiona un sonido al tener la posición y los movimientos de los órganos de la articulación. Para que el habla se considere entendible, se debe poseer una buena articulación en conjunto con una fluidez, tono y entonación adecuados.

Producción y emisión de sonidos verbales

Los sonidos verbales se dan por la acción o funcionamiento secuenciado, sincronizado y automático de ciertos elementos:

- Una corriente de aire, producida por los pulmones y los músculos respiratorios.
- Un vibrador sonoro, constituido por las cuerdas vocales, ubicada a nivel de la laringe.
- Un resonador, conformado por la boca, nariz y faringe.
- Articuladores como los labios, lengua, mandíbula, velo, dientes paladar duro, alveolos.

Ciertos elementos participan en conjunto para la formación de habla de la siguiente manera: Los pulmones suministran la cantidad suficiente de aire, luego es expulsado atravesando los bronquios y la tráquea, llegando a la laringe en donde se encuentra las cuerdas vocales.

En la laringe se produce la voz con su respectivo tono fundamental y sus armónicos, al llegar a las cajas de resonancia de la nariz, boca y laringe sufre una modificación, amplificándose y formando el timbre de la voz.

Los órganos de la articulación se posicionarán en su punto y modo transformando sonidos y articulaciones del habla; fonemas, sílabas y palabras.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

2.3.1 Desarrollo de praxias orales:

Las praxias orales son movimientos organizados de las estructuras móviles de la cavidad oral, con la finalidad de pronunciar diferentes fonemas para la formación de palabras (13).

Son fundamentales para la emisión del habla, siendo necesario su correcto funcionamiento que se desarrollará desde el nacimiento, adquiriendo madurez en cada etapa del crecimiento. Entre estas tenemos:

2 años	3 años	4 años	
<ul style="list-style-type: none">- Protruye la lengua.- Abre la boca.- Sonrisa, soplo.	<ul style="list-style-type: none">- Cierra los ojos.- Eleva la lengua y lleva hacia las comisuras de los labios.- Deglución correcta.- Protrusión de labios.	<ul style="list-style-type: none">- Sonrisa con labios juntos y separados.- Infla mejillas, enseña dientes.- Coloca la lengua sobre los dientes y su punta sobre los incisivos superiores.- Retracción de labios sin y con contacto.- Vibración de labios y morder labio inferior.- Hace mímica del llanto.- Imita esquemas vocálicos (a-o-u) en forma aislada.- Realiza una vibración lingual.	
5 años	6 años	7 años	8 años
<ul style="list-style-type: none">- Muerde el labio superior.- Imita mímica de la sorpresa.- Chasquido lingual- Guiña un ojo.- Imita la tos.	<ul style="list-style-type: none">- Eleva las cejas.- Abrir boca y cerrar ojos.- Expresión de enojo, arrugando la frente.- Vibración lingual completa.- Distender comisura derecha e izquierda.	<ul style="list-style-type: none">- Llevar la lengua bien atrás, fruncir la nariz y labio inferior a la vez.	<ul style="list-style-type: none">- Mover las alas de la nariz.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Secuencia en la articulación de "a,o,e,u,i".	- Llevar los labios hacia una comisura y otra.		
- Vibración de labios.			

(Redondo y Lorente, 2004).

2.3.2 Adquisición de fonemas:

Cuadro de adquisición fonética-fonológica		
Vocales	2 años	a, o, u, e, i.
Sonidos del español	3 años	m, n, ñ, p, t, k, b, d, g, f, s, x, j, l.
	4 años	r
	5 años	rr.
Diptongos	3 años	ia, io, ie, ua, ue, ei, ai, ui.
	4 años	Au
Grupos consonánticos	4 años	pl, bl.
	5 años	fl, cl, gl, br, fr, pr, cr, gr, tr, dr.

(Susanibar, Dioses y Huamaní, 2013)



2.3.3 Clasificación de los fonemas según la participación de la estructura oral.

- **Fonemas vocálicos**

Por la zona de estrechamiento del tracto vocal: <ul style="list-style-type: none">- Palatales: i, e- Velares: u- Velofaríngeas: o- Faríngeas: a	Por la mayor elevación lingual: <ul style="list-style-type: none">- Anteriores: e, i- Centrales: a- Posteriores: u, o
Por el grado de constricción: <ul style="list-style-type: none">- Estrecha: i, u, o- Amplia: e, a Por la abertura oral: <ul style="list-style-type: none">- Amplia o abierta: a, e- Reducida o estrecha: i, o, u Por la acción labial: <ul style="list-style-type: none">- Labializado: o, u- Deslabializado: a, e, i	Por su frecuencia <ul style="list-style-type: none">- Agudas: i, e- Medias: a- Graves: o, u

- **Fonemas consonánticos**

Por el punto de articulación: <ul style="list-style-type: none">- Labiales: p, b, m.- Labiodentales: f, v.- Linguodentales: d, t.- Lingualveolares: r, rr, n, l, s- Linguopalatales: g, j, ll, ñ, k.	- Por la forma de emisión: <ul style="list-style-type: none">- Explosivas o plosivas u oclusivas: p, t, ch, q, k, y.- Fricativa o sibilantes: f, s, l.- Vibrantes: b, m, l, rr, n, d, y, ll, v, s.- Nasales: m, n, ñ.	Por el tipo de sonido provocado: <ul style="list-style-type: none">- Sordas o tenues: f, j, t, p, q, z, s.- Sonoras o fuertes: l, ll, m, n, ñ, r, rr, v.
---	---	--



2.4 ORIGEN DE LOS MOVIMIENTOS BUCOARTICULATORIOS

El área de Broca se encarga del lenguaje expresivo, se localiza en el lóbulo frontal izquierdo, al pie de la tercera circunvolución, cumple con ciertas funciones como: formulación verbal, procesamiento de verbos, intervención en la planificación y programación motora para la articulación del habla.

Para formular una oración se debe tener una idea, que se genera por los conceptos en el sistema semántico, luego en el área de Wernicke se accede al léxico para seleccionar las palabras que representan los conceptos. En el área de Broca se selecciona y ordena las palabras de forma proporcionada eligiendo las conexiones correspondientes. En la circunvolución supra marginal, se distinguirán los fonemas para la obtención de palabras, esta información viaja hacia el lóbulo de la ínsula, en donde se convertirá en información motora, la que es enviada hacia el área de Broca para que se seleccionen los procedimientos motores necesarios para la producción de la palabra.

Las estructuras que forman parte de la actividad motora son: área motora 6 y 8, las estructuras subcorticales (ganglios de la base) y el cerebelo.

Los pares craneales que intervienen en el habla son el V, VII, IX, X, XI y XII.

Cuando el proceso haya culminado, la información llegará a los músculos de los órganos fonoarticulatorios, donde se llevan a cabo la correcta coordinación y articulación produciendo el habla.

2.5 PROTOCOLO DE EVALUACIÓN MIOFUNCIONAL OROFACIAL (MBGR)

Este protocolo fue planteado por la Dra. Genaro K., Rehder, Berretin-Felix, Marchesan IQ., y validado en el año 2009. Fue traducido al español por Susanibar en el año 2011 y por Rivera E., Henao J. Está dirigido a niños, jóvenes, adultos y adulto mayor, cuyo objetivo es evaluar, diagnosticar y pronosticar, funciones estomatognáticas en el área de motricidad orofacial (14).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El protocolo tiene la posibilidad de calificar cada uno de los segmentos de forma independiente a diferencia de otros protocolos, es decir el área que se desea valorar. Cuando el protocolo finalice, se puede anotar los puntajes totales o parciales en la hoja de registro que el mismo contiene (15).

El protocolo completo valora lo siguiente:

1. Postura corporal.
2. Medidas faciales, movimientos mandibulares y oclusión.
3. Examen extraoral.
4. Examen intraoral.
5. Movilidad (Anexo 3).
6. Valoración de dolor muscular.
7. Tonicidad.
8. Funciones orofaciales.

(Se describe el ítem aplicado en el estudio.)

5. Movilidad

En el proyecto de investigación realizado se aplicó el ítem de movilidad ya que evalúa la funcionalidad de las estructuras importante para el estudio: mandíbula, labios, lengua y paladar blando. En cada uno valora lo siguiente:

1. **Mandíbula:** abertura y oclusión de a boca, lateralización de la mandíbula hacia la derecha e izquierda.
2. **Labios:** protrusión de labios cerrados y abiertos, retracción cerrados y abiertos, protrusión cerrados hacia la derecha e izquierda, picos y sonrisa.
3. **Lengua:** protrusión de lengua, elevación lingual, lateralización, chasquido, succión y vibración lingual.
4. **Paladar blando:** movilidad del velo al emitir “a” repetidamente.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Calificación:

- **Cuantitativa**

Una opción que puede dar el protocolo es calificar, puede darnos una calificación total o parcial de los ítems deseados a evaluar.

Suma total. El protocolo califica al sumar los puntos totales obtenidos de las estructuras valoradas; labios, lengua, velo del paladar y mandíbula considerando mejor resultado = 0 y peor resultado 65.

Suma parcial. Cada estructura tiene su puntuación:

- Mandíbula: mejor resultado = 0 y peor resultado = 13.
- Labios: mejor resultado = 0 y peor resultado = 24.
- Lengua: mejor resultado = 0 y peor resultado = 24.
- Paladar blando: mejor resultado = 0 y peor resultado = 4.

- **Cualitativa**

Mandíbula:

- Adecuada.
- Reducida.
- Aumentada.
- No realiza.
- Con desvío (derecha-izquierda).
- Con ruido.
- Con dolor.

Labios y lengua:

- Realiza con precisión.
- Alteración pequeña.
- Alteración grande.
- No realiza.

Paladar blando:

- Movimiento adecuado.
- Movimiento reducido.
- Ausencia de movimiento.



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de alteraciones motrices bucoarticulatorias del habla en niños de 5 años.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la motricidad bucoarticulatoria del habla en niños de 5 años, a través del Protocolo de Evaluación Miofuncional Orofacial – MBGR, (ítem 5).
- Identificar la frecuencia de alteraciones motrices de los órganos que intervienen en la movilidad del habla (mandíbula, labios, lengua y paladar blando).
- Relacionar los resultados con las variables: edad y sexo.
- Socializar los resultados a la institución participante y a los representantes de los estudiados con sus respectivas recomendaciones.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es descriptivo transversal.

4.2 AREA DE ESTUDIO

El área de estudio fue la “Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio” de la ciudad de Cuenca.

4.3 UNIVERSO

La población estuvo constituida por 128 niños de 5 años de edad, que asistieron a la “Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio” de la ciudad de Cuenca.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Niños que se encuentren matriculados en la “Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio” de la ciudad de Cuenca, y que asistan regularmente.
- Aquellos niños que se encuentren en la edad de 5 años hasta 5 años 11 meses.
- Niños que cuyos padres firmaron el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con enfermedades neurológicas u orgánicas que impidan la aplicación del test.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

4.5 VARIABLES

4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Años y meses cumplidos	Fichas estudiantiles.	<ul style="list-style-type: none"> - 5 años – 5 años 3 meses. (1) - 5 años 4 meses – 5 años 7 meses. (2) - 5 años 8 meses – 5 años 11 meses. (3).
Sexo	Característica fenotípica del ser humano que lo diferencia en hombre y mujer.	Diferencia fenotípica que caracteriza a la especie.	Fichas estudiantiles	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino. (1) - Femenino. (2)
Motricidad bucoarticulatoria del habla.	Movimientos coordinados de los órganos del sistema buco articular: mandíbula, labios, lengua, paladar blando, para la emisión del habla.	Funcionalidad Mandíbula: <ul style="list-style-type: none"> - Abertura de la boca. - Oclusión de la boca. - Lateralizar hacia la derecha. - Lateralizar hacia la izquierda. 	Protocolo de Evaluación Miofuncional Orofacial – MBGR. Ítem 5 movilidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuada. (1) - Reducida. (2) - Aumentada. (3) - No realiza. (4) - Con desvío. (5) - Con ruido. (6) - Con dolor. (7)
		Funcionalidad. Labios: <ul style="list-style-type: none"> - Protrusión cerrados - Retracción cerrados - Protrusión abiertos - Retracción abiertos 	Protocolo de Evaluación Miofuncional Orofacial – MBGR. Ítem 5 movilidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza con precisión (1). - Alteración discreta (2). - Alteración grave (3). - No realiza (4).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

		<ul style="list-style-type: none"> - Protrusión cerrados hacia la derecha. - Protrusión cerrados hacia la izquierda - Estallar protruidos - Estallar retraídos 		
		<p>Funcionalidad.</p> <p>Lengua:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protruir - Tocar el ápice secuencialmente en la comisura derecha-izquierda y en los labios superior-inferior. - Tocar con el ápice la región alveolar - Tocar con el ápice la mejilla derecha. - Tocar con el ápice la mejilla izquierda. - Efectuar el chasquido con el ápice - Succionar la lengua contra el paladar - Vibrar. 	<p>Protocolo de Evaluación Miofuncional Orofacial – MBGR. Ítem 5 movilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza con precisión (1). - Alteración pequeña (2). - Alteración grande (3). - No realiza (4).
		<p>Funcionalidad.</p> <p>Paladar blando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emitir “a” repetidamente. 	<p>Protocolo de Evaluación Miofuncional Orofacial – MBGR. Ítem 5 movilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuada (1). - Reducida (2). - Ausente (3).



4.6 PROCEDIMIENTOS, MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTO

Se realizó los permisos correspondientes para acceder a realizar el presente proyecto de investigación a la Unidad Educativa, se solicitó las fichas estudiantiles a los docentes de los respectivos paralelos de primer año de básica e inicial, para seleccionar a los niños que estén dentro de las edades requeridas para el estudio. Ya adquiridos los datos necesarios, se envió el consentimiento informado a los padres de familia, en el que se explicó el proceso de investigación a realizar. (Anexo 1).

Se procedió a evaluar a cada niño dentro de la edad de 5 años a 5 años 11 meses, con el ítem 5 del Protocolo de Evaluación Miofuncional Orofacial – MBGR (Anexo3), se valoró la movilidad de cada órgano activo que interviene en el habla (lengua, labios, mandíbula y paladar blando), mediante imitación de cada movimiento según los puntos a evaluar.

Al finalizar la evaluación se clasificó las evaluaciones de niños que presentaban dificultad en la motricidad bucoarticular para las respectivas recomendaciones.

Por último, se procedió a la tabulación y análisis de los resultados, mediante el programa SPSS V. 21.

4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para la tabulación y análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 20 y Excel 2010. Los resultados obtenidos de la evaluación se exponen como frecuencias y porcentajes y se relacionan con los variables rango de edad y sexo, con sus respectivos gráficos.



4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Debido a que el proyecto de investigación fue dirigido a menores de edad, en este caso niños de cinco años, se realizó todos los trámites correspondientes antes de proceder a evaluar. De igual manera toda la información que se obtuvo de los niños que pertenecen a la “Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio” fue utilizada exclusivamente para el estudio, y se guardó absoluta confidencialidad con los datos personales.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS.

Tabla N° 1

Distribución según rango de edad y sexo de los niños que asisten a la Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio. Cuenca 2017.

RANGO DE EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
5 años a 5 años 3 meses	36	28,1%	19	14,8%	55	43,0%
5 años 4 meses a 5 años 7 meses	27	21,1%	15	11,7%	42	32,8%
5 años 8 meses a 5 años 11 meses	19	14,8%	12	9,4%	31	24,2%
Total	82	64,1%	46	35,9%	128	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

Análisis: En la tabla N°1, se observa la distribución de niños según el rango de edad de cinco años y sexo. Existe un alto porcentaje de sexo masculino con el 64,1 % de la población. El rango de edad con mayor frecuencia es de “5 años a 5 años 3 meses”, representando el 43,0% de la población.



Tabla N° 2

Distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticular del habla, de los niños que asisten a la Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio. Cuenca 2017.

SEXO	MOTRICIDAD BUCOARTICULATORIA				TOTAL	
	ALTERACIÓN		SIN ALTERACIÓN			
	N°	%	N°	%	N°	%
MASCULINO	54	42,2%	28	21,9%	82	64,1%
FEMENINO	21	16,4 %	25	19,5 %	46	35,9%
Total	75	58,6 %	53	41,4 %	128	100%

Fuente: Base de datos

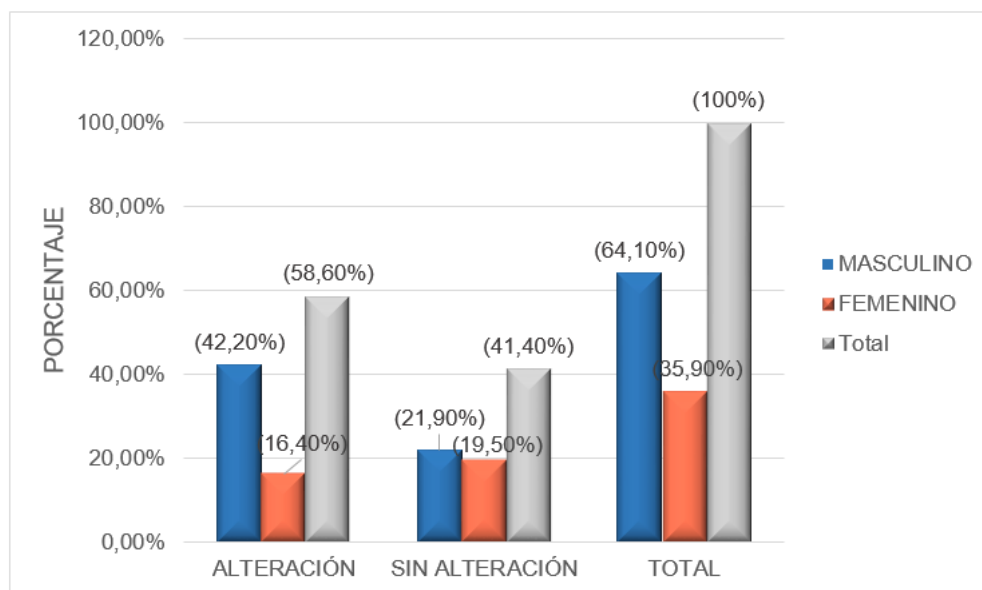
Elaborado por: La autora.

Análisis: En la tabla N°2, se observa la distribución según el sexo y alteración en la motricidad bucoarticular del habla, el 58,6% de la población de estudio, presenta dificultades en la motricidad bucoarticular, y el 41,4% se encuentran sin alteración. El sexo con mayor frecuencia en alteración, es masculino representando el 42,2 % y el femenino en menor porcentaje con 16,4% de la población.



Gráfico N°1

Distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticular del habla, de los niños que asisten a la Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio. Cuenca 2017.



Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

Análisis: En el gráfico N°1, se observa que la población con mayor alteración es el sexo masculino representando el 42,2% y la femenina el 16,4%.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla N° 3

Distribución según rango de edad y alteración en la motricidad bucoarticular del habla, de los niños que asisten a la Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio. Cuenca 2017.

RANGO DE EDAD	MOTRICIDAD BUCOARTICULATORIA				TOTAL	
	ALTERACIÓN		SIN ALTERACIÓN			
	N°	%	N°	%	N°	%
5 años a 5 años 3 meses	36	28,1%	19	14,8%	55	43,0%
5 años 4 meses a 5 años 7 meses	24	18,8%	18	14,1%	42	32,8%
5 años 8 meses a 5 años 11 meses	15	11,7%	16	12,5%	31	24,2%
Total	75	58,6%	46	41,4%	128	100%

Fuente: Base de datos

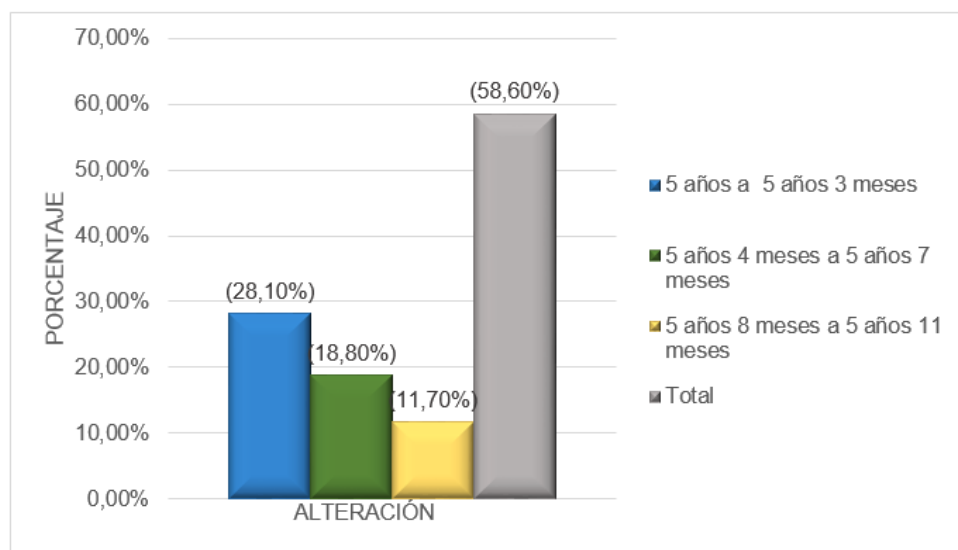
Elaborado por: La autora.

Análisis: En la tabla N°3, se observa la distribución según rango de edad y alteración en la motricidad bucoarticular del habla, siendo el rango de edad “5 años a 5 años 3 meses”, el de mayor alteración representando el 28,1% de la población.



Gráfico N° 2

Distribución según rango de edad y alteración en la motricidad bucoarticular del habla, de los niños que asisten a la Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio. Cuenca 2017.



Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

Análisis: En el gráfico N°2, se observa que el rango de edad con mayor alteración es de “5 años a 5 años 3 meses”, representando el 28,1% de la población.



Tabla N° 4

Distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - Mandíbula, de los niños que asisten a la Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio. Cuenca 2017.

MOTRICIDAD BUCOARTICULATORIA MANDÍBULA		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		N°	%	N°	%	N°	%
ABERTURA DE LA BOCA	ADECUADA	80	62,5%	45	35,2%	125	97,7%
	REDUCIDA	2	1,6%	1	0,8%	3	2,3%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%
OCCLUSIÓN DE LA BOCA	ADECUADA	79	61,7%	45	35,2%	124	96,9%
	CON DESVÍO DERECHA	2	1,6%	1	0,8%	3	2,3%
	CON DESVÍO IZQUIERDA	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

Análisis: En la tabla N°4, se observa la distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - mandíbula, el 2,3% de la población presenta alteración en “abertura de la boca”, 1,6% para el sexo masculino y 0,8% para el femenino. En “oclusión de la boca”, presentan mayor alteración en “desvío hacia la derecha” con el 2,3% de la población, 1,6% para el sexo masculino y 0,8% para el femenino.



Tabla N° 5

Distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - Mandíbula, de los niños que asisten a la Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio. Cuenca 2017.

MOTRICIDAD BUCOARTICULATORIA MANDÍBULA		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		N°	%	N°	%	N°	%
LATERALIZACIÓN DERECHA	ADECUADA	77	60,2%	43	33,6%	120	93,8%
	REDUCIDA	5	3,9%	2	1,6%	7	5,5%
	NO REALIZA	0	0,0%	1	0,8%	1	0,8%
LATERALIZACIÓN IZQUIERDA	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%
	ADECUADA	75	58,6%	42	32,8%	117	91,4%
	REDUCIDA	5	3,9%	3	2,3%	8	6,3%
	NO REALIZA	2	1,6%	1	0,8	3	2,3%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

Análisis: En la tabla N°5, se observa la distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - mandíbula, la mayor alteración es en “lateralización hacia la izquierda, reducida”, representando el 6,3% de la población, 3,9% para el sexo masculino y 2,3% para el femenino.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla N° 6

Distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - labios, de los niños que asisten a la Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio. Cuenca 2017.

MOTRICIDAD BUCOARTICULATORIA LABIOS		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		N°	%	N°	%	N°	%
PROTRUSIÓN CERRADOS	REALIZA CON PRECISIÓN	79	61,7 %	46	35,9 %	125	97,7 %
	ALTERACIÓN DISCRETA	3	2,3 %	0	0,0 %	3	2,3 %
	TOTAL	82	64.1 %	46	35.9 %	128	100%
RETRACCIÓN CERRADOS	REALIZA CON PRECISIÓN	82	64.1 %	46	35.9 %	128	100%
	TOTAL	82	64.1 %	46	35.9 %	128	100%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

Análisis: En la tabla N° 6, se observa la distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - labios, el 2,3% de la población presenta alteración discreta en protrusión cerrados, perteneciendo solo al sexo masculino.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla N° 7

Distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - labios, de los niños que asisten a la Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio. Cuenca 2017.

MOTRICIDAD BUCOARTICULATORIA LABIOS		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		N°	%	N°	%	N°	%
PROTRUSIÓN DE LABIOS ABIERTOS	REALIZA CON PRECISIÓN	70	54,7%	37	28,9%	107	83. 6%
	ALTERACIÓN DISCRETA	7	5,5%	7	5,5%	14	10.9%
	NO REALIZA	5	3,9%	2	1,6%	7	5.5%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%
RETRACCIÓN DE LABIOS ABIERTOS	REALIZA CON PRECISIÓN	82	64,1%	46	35,9%	128	100%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

Análisis: En la tabla N° 7, se observa la distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - labios, el 10,9% de la población presenta alteración en “protrusión de labios abiertos”.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla N° 8

Distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - labios, de los niños que asisten a la Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio. Cuenca 2017.

MOTRICIDAD BUCOARTICULATORIA LABIOS		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		N°	%	N°	%	N°	%
PROTRUSIÓN DE LABIOS CERRADOS HACIA LA DERECHA	REALIZA CON PRECISIÓN	77	60,2%	39	30,5%	116	90,6%
	ALTERACIÓN DISCRETA	5	3,9%	5	3,9%	10	7,8%
	NO REALIZA	0	0,0%	2	1,6%	2	1,6%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%
PROTRUSIÓN DE LABIOS CERRADOS HACIA LA IZQUIERDA	REALIZA CON PRECISIÓN	70	54,7%	37	28,9%	107	83,6%
	ALTERACIÓN DISCRETA	9	7,0%	5	3,9%	14	10,9%
	NO REALIZA	3	2,3%	4	3,1%	7	5,5%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

Análisis: En la tabla N° 8, se observa la distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - labios, la alteración con mayor frecuencia es en “protrusión de labios cerrados hacia la izquierda” representando el 10,9% de la población, el 7,0% para el sexo masculino, y el 3,9% para el femenino.



Tabla N° 9

Distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - labios, de los niños que asisten a la Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio. Cuenca 2017.

MOTRICIDAD BUCOARTICULATORIA LABIOS		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		N°	%	N°	%	N°	%
ESTALLAR LOS LABIOS PROTRUÍDOS	REALIZA CON PRECISIÓN	82	64,1%	45	35,2%	127	99,2%
	ALTERACIÓN DISCRETA	0	0,0%	1	0,8%	1	0,8%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%
ESTALLAR LOS LABIOS RETRAÍDOS	REALIZA CON PRECISIÓN	77	60,2%	44	34,4%	121	94,5%
	ALTERACIÓN DISCRETA	5	3,9%	2	1,6%	7	5,5%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

Análisis: En la tabla N° 9, se observa la distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - labios, la alteración con mayor frecuencia es en “estallar los labios retraídos” representando el 5,5% de la población, el 3,9% del sexo masculino y el 1,6% del femenino.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla N° 10

Distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - Lengua, de los niños que asisten a la Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio. Cuenca 2017.

MOTRICIDAD BUCOARTICULATORIA LENGUA		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		N°	%	N°	%	N°	%
PROTRUIR	REALIZA CON PRECISIÓN	80	62,5%	44	34,4%	124	96,9%
	ALTERACIÓN DISCRETA	2	1,6%	2	1,6%	4	3,1%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

Análisis: En la tabla N° 10, se observa la distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - lengua, el 3,1% de la población presenta alteración en “protruir”, representando el 1,6% para cada sexo.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla N° 11

Distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - Lengua, de los niños que asisten a la Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio. Cuenca 2017.

MOTRICIDAD BUCOARTICULATORIA LENGUA		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		N°	%	N°	%	N°	%
TOCAR CON EL ÁPICE LAS COMISURAS; arriba, abajo- derecha, izquierda.	REALIZA CON PRECISIÓN	77	60,2%	39	30,5%	116	90,6%
	ALTERACIÓN DISCRETA	5	3.9%	7	5,5%	12	9,4%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%
TOCAR CON EL ÁPICE LA REGIÓN ALVEOLAR	REALIZA CON PRECISIÓN	73	57,0%	40	31,3%	113	88,3%
	ALTERACIÓN DISCRETA	7	5,5%	4	3,1%	11	8,6%
	NO REALIZA	2	1,6%	2	1,6%	4	3,1%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

Análisis: En la tabla N° 11, se observa la distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - lengua, siendo la alteración más frecuente en “tocar con el ápice secuencialmente las comisuras; arriba, abajo-derecha, izquierda”, representado el 9,4% de la población, 3,9% en sexo masculino y el 5,5% en femenino.



Tabla N° 12

Distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - Lengua, de los niños que asisten a la Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio. Cuenca 2017.

MOTRICIDAD BUCOARTICULATORIA LENGUA		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		N°	%	N°	%	N°	%
TOCAR CON EL ÁPICE MEJILLA DERECHA	REALIZA CON PRECISIÓN	80	62,5%	46	35,9%	126	98,4%
	ALTERACIÓN DISCRETA	2	1,6%	0	0,0%	2	1,6%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%
TOCAR CON EL ÁPICE MEJILLA IZQUIERDA	REALIZA CON PRECISIÓN	79	61,7%	46	35,9%	125	97,7%
	ALTERACIÓN DISCRETA	2	1,6%	0	0,0%	2	1,6%
	NO REALIZA	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

Análisis: En la tabla N° 12, se observa la distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - lengua, el 1,6% de la población presenta alteración en “tocar con el ápice mejilla derecha – izquierda”.



Tabla N° 13

Distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - Lengua, de los niños que asisten a la Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio. Cuenca 2017.

MOTRICIDAD BUCOARTICULATORIA LENGUA		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		N°	%	N°	%	N°	%
EFECTUAR CHASQUIDO CON EL ÁPICE	REALIZA CON PRECISIÓN	76	59,4%	44	34,4%	120	93,8%
	ALTERACIÓN DISCRETA	5	3,9%	1	0,8%	6	4,7%
	NO REALIZA	1	0,8%	1	0,8%	2	1,6%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%
SUCCIONAR CONTRA EL PALADAR	REALIZA CON PRECISIÓN	76	59,4%	46	35,9%	122	95,3%
	ALTERACIÓN DISCRETA	3	2,3%	2	1,6%	5	3,9%
	NO REALIZA	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%
VIBRAR	REALIZA CON PRECISIÓN	46	35,9%	27	21,1%	73	57,0%
	ALTERACIÓN DISCRETA	22	17,2%	9	7,0%	31	24,2%
	NO REALIZA	14	10,9%	10	7,8%	24	18,8%
	TOTAL	82	64,1%	46	35,9%	128	100%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

Análisis: En la tabla N° 13 se observa la distribución según sexo y alteración en la motricidad bucoarticularia - lengua, siendo la alteración más frecuente en “vibrar”, representando el 24,2% de la población, el 17,2% en sexo masculino y 7,0% en femenino.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Los niños durante los primeros cinco años de vida desarrollan sus habilidades comunicativas, cognitivas, motoras, sociales y afectivas, que favorecerá en gran parte al aprendizaje. Es usual encontrar problemas para desarrollar dichas habilidades, entre ellas la comunicativa, siendo las alteraciones en el lenguaje o habla las que se interpone comúnmente en su proceso de comunicación.

Entre las alteraciones del habla como la dislalia, se puede encontrar diversas causas que la producen, siendo la mala motricidad bucoarticular una de la más mencionadas. Esta ocasiona dificultad en la posición, movimiento y coordinación de los órganos, como: mandíbula, labios, lengua y paladar blando, que son utilizados para la producción del habla. Al presentar una funcionalidad inadecuada en sus movimientos, se adquirirá un lenguaje oral con errores articulatorios.

En la ciudad de Cuenca se realizó la presente investigación, para determinar la incidencia de ciertas alteraciones motrices bucoarticulatorios. Se obtuvo que el 58,6 % de la población estudiada presentó alguna alteración en los movimientos de las estructuras evaluadas, entre estos el 42,2% representa el sexo masculino y el 16,4 % el femenino.

Dentro de estas alteraciones se encuentran los de “movimientos de mandíbula”, presentando dificultad en: “apertura de la boca” y “desvío de mandíbula hacia el lado derecho”, constituyendo el 2,3% de la población. El 0,8% presentan “desvío de mandíbula hacia el lado izquierdo”. El 5,5% presentan “reducida lateralización hacia la derecha”, y el 0,8% no lo realizan. El 6,3% presentan “reducida lateralización hacia la izquierda”, y el 2,3% no lo realizan.

En los “movimientos labiales”, presentan alteración discreta de 2,3% en “protrusión”, el 10,9% en “protrusión de labios abiertos”, y el 5,5% no pueden realizar este último movimiento.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El 7,8% de la población presentan alteración discreta de “protrusión de labios hacia la derecha”, y el 1,6% no lo realizan. El 10,9% presentan alteración discreta en “protrusión de labios hacia la izquierda”, y el 5,5% no lo realizan. El 0,8% presentan alteración discreta en “estallar labios protruidos” y el 5,5% en “estallar labios retraídos”.

En “movimientos linguales”, el 3,1% de la población presentan alteración discreta en “protrusión de lengua”, el 9,4% en “tocar con el ápice secuencialmente las comisuras arriba - abajo, derecha - izquierda”. El 8,6 % presenta alteración discreta en “tocar con el ápice la región alveolar” y el 3,1% no realiza. El 1,6% presenta alteración discreta en “tocar con el ápice la mejilla derecha - izquierda” y el 0,8 no realiza hacia el lado izquierdo.

El 4,7% presentan alteración discreta en chasquido lingual y el 1,6% no realizan este movimiento. El 3,9% presenta alteración en “succionar contra el paladar” y el 0,8 no lo realiza.

En vibración de lengua el 24,2% presentan alteración discreta y el 18,2% no pueden realizar vibración lingual.

Si hay la presencia de alteraciones en la motricidad de las estructuras que participan en el habla, la producción fonética va verse afectada, siendo así cada movimiento indispensable para su funcionamiento.

La mala oclusión de la boca, o una desviación de la mandíbula, distorsionará los distintos fonemas como los interdentes, /d/, /t/. En una mala o disminuida funcionalidad de los labios, no se emitirá los fonemas que se originan de estos como: labiales /p/, /b/, /m/, o labiodentales /v/, /f/. En alteraciones linguales, habrá dificultad en pronunciar fonemas lingualveolares, como: /r/, /rr/, /s/, /l/, /n/, o linguopalatales, como: /g/, /j/, /ll/, /ñ/, /k/.

Según Redondo y Lorente 2004, las praxias orofaciales se van adquiriendo en función a la maduración de la musculatura oral (13), es por eso que, a los dos años, el movimiento de “protrusión de lengua” y “abertura de la boca” ya están



UNIVERSIDAD DE CUENCA

presente. En el estudio realizado, el 3,1% de la población presenta alteración en el primer movimiento.

A los tres años, los movimientos de “elevar la lengua y llevar hacia las comisuras de los labios” y “protrusión de labios”, ya están presentes. En el estudio, el 8,6% de la población presenta alteración en el primer movimiento, y 4,7% en el segundo.

A los cuatro años, el movimiento de “realizar vibración lingual” ya está presente. En el estudio el 24,2% presentan alteración y el 18,2% no lo realizan.

A los cinco años, el “chasquido lingual” está presente, teniendo en el estudio realizado, el 4,7% de la población con alteración y el 1,6% no lo realizan.

Comparando con otros estudios realizados en diferentes países, como en Chile, en donde se realiza una valoración orofacial a niños de 3 a 5 años (4), los movimientos labiales mejoran en función a la edad, aumentando el porcentaje de logro desde los tres hacia los cinco años.

Es así como los “movimientos labiales”, “distensión y elevación de labios”, “protrusión”, alcanzan el 100% y “retracción labial sonora” alcanzan el 90% de logro.

En “movimientos linguales”, “ápex lingual recorre paladar duro hacia adelante y hacia atrás”, “chasquido lingual”, alcanzan un porcentaje de logro de 80%. En “elevación lingual extra-oral” el 90% y en “descenso lingual extraoral”, el 100%.

En la ciudad de Habana en el estudio “Valoración logofonítrica de niñas y niños antes de iniciar el círculo infantil”, menciona que, a los 5 años, ya están incorporados todos los fonemas del habla (1). En el estudio “Desarrollo fonológico-fonético en un grupo de niños entre 3 y 5, 11 años”, demuestra que el 95% de la adquisición fonética ya está presente a los 5 años, por lo que sus movimientos a esta edad deben ser completos y adecuados (6).

Sin embargo, en México en el estudio, “Alteraciones del Lenguaje en Niños del Occidente de México”, resalta que, en la población de 54 niños, solo 2



UNIVERSIDAD DE CUENCA

presentaron adecuada motricidad, teniendo el resto mayor dificultad en “movilidad lingual”, “movimientos de elevación” (5), asemejando al presente estudio, en donde presentan también mayor dificultad en “movimientos linguales”.

Para que los fonemas se encuentren incorporados correctamente, debe haber una adecuada movilidad articular de los órganos que participan en el habla, no olvidándonos también de otros mecanismos indispensables para el habla.



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

Se realizó el estudio descriptivo transversal, denominado “Incidencia de alteraciones motrices bucoarticulatorias del habla en niños de 5 años, en la “Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio. Cuenca 2017”, cuyo objetivo fue determinar la incidencia de las alteraciones motrices bucoarticulatorias del habla en los niños de 5 años.

Se determinó que, en la población constituida por 128 niños, el 58,6% presentó alguna alteración en la motricidad bucoarticulatoria. El sexo con mayor frecuencia en alteración, fue masculino representando el 42,2 % y el femenino en menor porcentaje con 16.4 % de alteración. El rango de edad con mayor frecuencia en alteración fue de “5 años a 5 años 3 meses”.

Se demostró el grado de madurez de la musculatura oral en los niños de 5 años, observando que las alteraciones disminuyen conforme se aproxima a una edad superior. Según algunos autores como: Redondo y Lorente 2004, los niños ya deberían presentar algunos de estos movimientos que ayudarán al habla.

La alteración más frecuente fue en “vibración de lengua” representando el 24,2% de la población y el 18,2% no lo realizaron.

Se destacó uno de los papeles importantes que cumple el fonoaudiólogo como es la prevención de problemas en la comunicación. Los niños que presentaron alteraciones en la movilidad de los órganos que participan en el habla, recibieron las respectivas recomendaciones fonoaudiológicas.

Los datos que se obtuvieron, podrán ser utilizados para futuros estudios, y se logró dar la iniciativa para continuar realizando más investigaciones acerca del área de motricidad orofacial.



7.2 RECOMENDACIONES

- En el estudio podemos observar que existen gran cantidad de niños con alteraciones en la movilidad de los órganos que participan en el habla, por lo que sería fundamental derivar a exámenes fonoaudiológicos antes de iniciar la etapa escolar, con la finalidad de prevenir este tipo de problemas que repercutirá en el habla de los niños y en su etapa escolar.
- Capacitar a los docentes de todas las Unidades Educativas para que tengan conocimiento sobre los problemas del habla y sus causas.
- Concienciar a los padres de familia y a los docentes sobre la importancia que tienen los movimientos de los órganos de la cavidad oral para la formación de fonemas en el habla, y dar a conocer que la estimulación en los movimientos a pronta edad es esencial para la madurez de la musculatura orofacial, ya que esta se fortalecerá desde el nacimiento.
- Para que los niños tengan una maduración completa en la musculatura orofacial, se puede realizar ejercicios de movimientos orales durante su desarrollo, se debe permitir que el niño desarrolle las funciones básicas que participarán en el proceso del habla como: succión, masticación y deglución y, por último, se puede realizar un chequeo fonoaudiológico para descartar ciertas patologías.
- Dar a conocer en cada institución educativa el rol importante que cumple el fonoaudiólogo en los problemas articulatorios, recomendando derivar hacia el profesional en caso de presentar dificultades en la comunicación.
- Realizar estudios que demuestren las causas que producen ciertas dificultades en la motricidad orofacial.
- Continuar realizando más investigaciones acerca del campo motricidad bucoarticular en nuestro país.



8. BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pazo Quintana Telma, Viduera Tamayo Ileana, López Blanco Niurka, Urrusuno Carvajal Florángel, Llanes Álvarez María Rosa. Valoración logofoniatría de niñas y niños antes de iniciar el círculo infantil. Rev Cubana Pediatría [Internet]. 2003. [citado 07 mayo 2017] ; 75(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312003000300005&lng=es.
2. Moreno, Ramírez Á. Las Habitaciones de la Dislalia [Internet]. ReiDoCrea. 2012 [citado 28 abril 2016]. Disponible en: <http://www.ugr.es/~miguelgr/ReiDoCrea-Vol.1-Art.5-Moreno-Ramirez.pdf>
3. Ministerio de Educación [Internet]. “Ministro de Educación reitera que la edad para ingresar a 1°. grado de EGB es de 5 años”. 2013 [citado 7 Julio 2017]. Disponible en: <https://educacion.gob.ec/ministro-de-educacion-reitera-que-la-edad-para-ingresar-a-1-grado-de-egb-es-de-5-anos/>
4. Jaque S, Jeldes R, Mieres J. Valoración de movimientos orofaciales en menores de 3 a 5 años con desarrollo normal [Licenciatura]. Universidad de Chile. Facultad de Medicina; 2016
5. Vásquez M, Méndez M, Bustos R. Alteraciones del Lenguaje en Niños del Occidente de México [Internet]. MPA e-Journal MF&AP. 2011 [citado 15 marzo 2017]. Disponible en: http://www.idefiperu.org/MPANRO51/51_P13-18%20Orig2Valeriano.pdf
6. Vivar P, León H. Desarrollo Fonológico-Fonético en un grupo de niños entre 3 y 5, 11 años [Internet]. Scielo. 2009 [citado 29 de noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11n2/v11n2a03.pdf>
7. Repositorio Digital de la Universidad de Cuenca [Internet]. Universidad de Cuenca. 2013 [citado 12 julio 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/255/simple->



UNIVERSIDAD DE CUENCA

-
- search?filterquery=%5B2010+TO+2017%5D&filtername=dateIssued&filtertype>equals)
8. Rivera Capacho E., Rango Navia H. Caracterización en Motricidad Orofacial de una Población Adulto Mayor con el “Protocolo MBGR”. Signos Fónicos [Internet]. 2015 [citado 3 marzo 2017];1(1):37-43. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303256587_Characterization_of_Orofacial_Myology_on_Elderly_Population_Using_MBGR_Protocol
 9. Souto S, González L. Fisioterapia orofacial y de reeducación de la deglución. Hacia una nueva especialidad [Internet]. Fisioterapia. 2003 [citado 2 agosto 2017]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/fisioterapia_orofacial_y_de_reeducacion_de_la_deglucion._hacia_una_nueva_especialidad.pdf
 10. Socorras O, Gómez A, Dopico H, Nuñez O. Revista Digital Buenos Aires. Tratamiento a la motricidad articular desde la clase de educación física a escolares disártricos [Internet]. 2017 [citado 15 septiembre 2017];(172). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd172/motricidad-articular-a-escolares-disartricos.htm>
 11. Duarte S. “DISFUNCIONES OROFACIALES EN LA INFANCIA. DEGLUCIÓN ATÍPICA Y RESPIRACIÓN BUCAL” [Logopedia]. Universidad Pontificia de Salamanca; 2016.
 12. González J. Alteraciones del habla en la infancia. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.
 13. Redondo Romero A. Trastornos del lenguaje [Internet]. 2008 [citado el 29 de noviembre 2016]. Disponible en: <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/LOGOPEDIA/TRASTORNOS%20LENGUAJE/GENERAL/Trastornos%20de%20L%20-%20Redondo%20-%20art.pdf>
-



UNIVERSIDAD DE CUENCA

-
14. Avaliação miofuncional orofacial - protocolo MBGR. CEFAC [Internet]. 2009 [citado el 30 de noviembre 2016];11(2):237-255. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11n2/v11n2a09>
 15. Rivera Capacho E., Rango Navia H. Caracterización en Motricidad Orofacial de una Población Adulto Mayor con el “Protocolo MBGR”. Rev Signos Fónicos. 2015;1 (1):37-43.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

1. Chávez F, Marchesan I, Santos R. Día mundial de la motricidad orofacial. Revista Científica Signos Fónicos [Internet]. 2015;1(2):1-6. Disponible en: <http://www.citethisforme.com/es/cite/sources/journalautociteconfirm>
2. Manns Freese A. Sistema Estomatognático: fundamentos clínicos de la fisiología y patología funcional. 1st ed. España; 2013.
3. Meran Gil J, Ramos Macías Á. Libro virtual de formación en ORL. Cavidad Oral y Faringe [Internet]. 2017 [citado 7 mayo 2017]. Disponible en: <http://seorl.net/PDF/Cavidad%20oral%20faringe%20esofago/070%20-%20SEMIOLOG%C3%8DA%20Y%20EXPLORACI%C3%93N%20CL%C3%8DNICA%20DE%20LA%20CAVIDAD%20ORAL%20Y%20LA%20FARINGE.pdf?boxtype=pdf&g=false&s=false&s2=false&r=wide>
4. Guía de Anatomía Oral y Dental [Internet]. Silverti Medical Group. 2017 [citado 10 mayo 2017]. Disponible en: http://www.silverti.com.ec/manuales/odonto/guia_de_anatomia_oral_y_dental_web.pdf
5. Landín F., Bachá Rigal Y. Anatomía aplicada a la estomatología. 1st ed. La Habana: Lic. Diana E. Prieto Acosta; 2012.
6. Giacomotti J., Bertone V., Conesa H, Ouviaña J., Seiler J., Ottone N et al. Nuevos conceptos sobre el sistema muscular peribucal. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana [Internet]. 2009;35(2):102-105. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v35n2/original3.pdf>
7. Castañeda P. Aparato Fonador [Internet]. El lenguaje verbal del niño. 2011 [citado 17 junio 2017]. Disponible en:



UNIVERSIDAD DE CUENCA

-
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/libros/linguistica/leng_nino/pdf/explor_producc.pdf
8. Bartuilli M, Cabrera P, Perrián M. Terapia miofuncional. Madrid: Síntesis; 2007.
 9. Trastornos del Aprendizaje [Internet]. Valoración del aprendizaje. 2010 [citado 15 agosto 2017]. Disponible en: https://sites.google.com/site/fganidiapatriciacedeno/biblioteca/evaluacion_tornosapzaje
 10. Susanibar F, Dioses A, Huamaní O. Adquisición Fonética Fonológica. Revista Digital EOS Perú [Internet]. 2013 [citado 17 junio 2017];(1):22-25. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/167690651/ADQUISICION-FONETICO-FONOLOGICA>
 11. Flores Genaro, Katia, Berretin-Felix, Giédre, Beltrati Cornacchioni Rehder, Maria Inês, Queiroz Marchesan, Irene, AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL OROFACIAL - PROTOCOLO MBGRRevista CEFAC [en línea] 2009: [Fecha de consulta: 26 de junio de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169313392009>> ISSN 1516-1846
 12. González J. Alteraciones del habla en la infancia. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.
 13. Peña Casanova J. Manual de logopedia. 4th ed. Amsterdam: Elsevier Masson; 2014.
 14. Aguilera S, Castro C, Rivas M, Rubio C. Descripción de órganos fonoarticulatorios y funciones orofaciales de los estudiantes de interpretación musical, Mención Vientos Caña Simple y Bisel. [Licenciatura]. Universidad de Chile; 2012.
 15. Anatomía de cabeza; Cavidad Oral [Internet]. Escuela de Medicina. Departamento de Anatomía Fonoaudiología. 2016 [citado 14 abril 2016]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Anatomia/SWCursos/fonoaudiologia2/pdf/p3cabeza.pdf>
-



UNIVERSIDAD DE CUENCA

-
16. Serrano L, Calzado Á, Gómez Á, Núñez O. La dislalia y su compensación en niños de primer grado. Un acercamiento a la temática de incalculable valor desde las clases de Educación Física. RevDigBA [Internet]. 2012 [citado 16 abril 2016];17(175):1-5. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd175/la-dislalia-y-su-compensacion-en-primer-grado.htm>
 17. Barragán E. Identificación temprana de trastornos del lenguaje. RevMed [Internet]. 2011 [citado 13 abril 2016];2(22):227-232. Disponible en: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_2/12_Dr_Barragan.pdf
 18. Conde P. Perfiles neuropsicológicos asociados a los problemas del lenguaje oral infantil. RevNeu[Internet]. 2009 [citado 14 abril 2016];36-37. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4801/bb010032.pdf>
 19. Lima G, Santos T, Noronha M, Alvez C, Guedes R, Cabral A. Análisis de los desvíos fonéticos en escolares con presencia de mala oclusión de Angle Clase II, división 1. Rev MOF [Internet]. 2013 [citado 15 abril 2016];4(3):413-419. Disponible en: https://issuu.com/revistadigitalmo/docs/revmof_volumen_4_3_
 20. Hormazábal K, Larrea R, Muñoz M, Ruz M, Toro P. Edad de adquisición de los fonemas líquidos en un grupo de 80 niños chilenos entre los 3 y 4 años 11 meses de edad residentes en la Región Metropolitana [Licenciatura]. Universidad de Chile; 2013.
 21. Fernández Martín F, Arce Calvo M, Moreno Molina J. "Escuchemos el lenguaje del niño normalidad versus signos de alerta" [Internet]. 2014 [citado 29 de noviembre 2016]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v16s23/taller3.pdf>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXOS

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Fonoaudiología**

INCIDENCIA DE ALTERACIONES MOTRICES BUCOARTICULATORIAS DEL HABLA EN NIÑOS DE 5 AÑOS, EN LA “UNIDAD EDUCATIVA ZOILA ESPERANZA PALACIO”. CUENCA 2017.

Yo Priscila Mariela Palomeque Bravo con C.I. 0106656796, egresada de la carrera de Fonoaudiología, de la Escuela de Tecnología Médica, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, previo a la obtención del título de Licenciada en Fonoaudiología, responsable de la presente investigación, solicito de la manera más cordial el consentimiento para que su hijo pueda participar en mi estudio denominado “Incidencia de alteraciones motrices bucoarticulatorias del habla en niños de 5 años, en la “Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio”. Cuenca 2017.”

El objetivo de esta investigación es determinar la incidencia de alteraciones motrices bucoarticulatorias del habla en niños de 5 años. Para proceder a realizar el estudio se requiere la participación de todos los niños que tengan la edad de cinco años, y que asistan a la Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio.

Se necesitará un tiempo de seis meses para la obtención de resultados, de los cuales dos de estos se utilizarán para la recolección de datos mediante la valoración bucoarticulatoria de cada niño.

Procedimiento:

- Se obtendrán los datos personales de cada niño, cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado, a través de las historias clínicas registradas en cada centro infantil o en caso de no poseer, los padres de familia llenarán una breve historia clínica.
- Se procederá a la aplicación del Protocolo de Evaluación Miofuncional Orofacial – MBGR, (Ítem 5 – movilidad), con la finalidad de valorar la funcionalidad de los órganos que intervienen en el habla: mandíbula, labios, lengua y paladar blando. La duración será de 10 a 15 minutos por niño.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

-
- Los resultados se harán conocer tan pronto concluya la valoración, y serán tabulados, analizados e interpretados mediante tablas y gráficos estadísticos al finalizar el estudio.

La investigación no implicará ningún riesgo que pueda afectar la integridad de su hijo, a la vez será de gran beneficio para los niños, ya que valora la funcionalidad de los órganos activos que intervienen en el habla (lengua, labios, mandíbula, velo del paladar). A si mismo conllevará a descartar una insuficiente movilidad articular para así evitar problemas futuros en el habla.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada al investigador responsable, si su niño/a participa en el estudio y quiere retirarlo, puede hacerlo en el momento que usted desee, las razones de su decisión serán respetadas en su integridad.

El estudio no tendrá ningún costo, todos los procedimientos se realizarán de manera gratuita, de igual manera usted no recibirá pago por la participación de su hijo en la investigación.

La decisión de que el niño participe en el estudio es completamente voluntaria.

La información obtenida será absolutamente confidencial, su niño/a no será identificado en ninguno de los reportes o publicaciones que resulten de este estudio.

Una vez recibida la información necesaria, yo.....con número de cédula.....representante legal del niño/a....., libremente y sin ninguna presión, acepto que mi representado intervenga en el proyecto de investigación denominado: "Incidencia de alteraciones motrices bucoarticulatorias del habla en niños de 5 años, en la "Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio". Cuenca 2017."

Representante

C.I: _____



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 2.

RECOLECCIÓN DATOS PERSONALES

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE FONOAUDIOLOGIA**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

INCIDENCIA DE ALTERACIONES MOTRICES BUCOARTICULATORIAS DEL HABLA EN NIÑOS DE 5 AÑOS, EN LA “UNIDAD EDUCATIVA ZOILA ESPERANZA PALACIO”. CUENCA 2017.

Nombres y Apellidos: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Edad Actual: _____ Sexo: _____

Teléfono: _____ Representante: _____

Patologías Asociadas: Si ___ No ___

Grado escolar: _____



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 3.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Evaluación miofuncional orofacial – Protocolo MBGR.

Genaro KF, Berretin-Felix G, Rehder MIBC, Marchesan IQ.

Evaluación Miofuncional Orofacial – Protocolo MBGR. Rev. CEFAC 2009; 11(2):237-255.

Traducido al español por Rivera E, Henao J, Susanibar F. Adaptado por el Flgo. Felipe Inostroza Allende.



5. Movilidad: Sumar los puntos de labios, lengua, velo del paladar y mandíbula (mejor resultado = 0 y peor = 65)

Mandíbula. - Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 13)

	Adecuada	Reducida	Aumentada	No realiza	con desvió	con ruido	con dolor
	(0)	(1)	(1)	(2)	(1) D (1) E	(1)	(1)
Abertura de boca	Valores esperados: niños = 35 a 50mm / adulto = 40 a 55mm						
Oclusión de la boca	(0)	-	-	-	(1) D (1) E	(1)	(1)
Lateralizar hacia la D	(0)	(1)	(1)	(2)	-	(1)	(1)
Lateralizar hacia la I	(0)	(1)	(1)	(2)	-	(1)	(1)
	Valores esperados: niños (6 a 12 años) = 6 a 10mm / adulto = 8 a 12mm						

Observaciones: _____

Labios. - Sumar todos los puntos (mejor resultado = 0 y peor = 24) * Ejecutar con los dientes ocluidos

	Realiza con precisión	Alteración discreta	Alteración grave	No realiza
protrusión cerrados *	(0)	(1)	(2)	(3)
retracción cerrados *	(0)	(1)	(2)	(3)
protrusión abiertos *	(0)	(1)	(2)	(3)
retracción abiertos *	(0)	(1)	(2)	(3)
protrusión cerrados hacia la D*	(0)	(1)	(2)	(3)
protruir cerrados hacia la I*	(0)	(1)	(2)	(3)
estallar protruidos (picos)	(0)	(1)	(2)	(3)
Estallar retraídos (sonrisa)	(0)	(1)	(2)	(3)

Observaciones: _____



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Lengua. -Sumar todas las puntuaciones (mejor resultado = 0 y peor = 24)

	Realiza con precisión	Alteración pequeña	Alteración grande	No realiza
protruir	(0)	(1)	(2)	(3)
tocar el ápice secuencialmente en las comisuras D/I y en los labios S/I	(0)	(1)	(2)	(3)
tocar con el ápice la región alveolar	(0)	(1)	(2)	(3)
tocar con el ápice la mejilla D	(0)	(1)	(2)	(3)
tocar con el ápice la mejilla I	(0)	(1)	(2)	(3)
efectuar el chasquido con el ápice	(0)	(1)	(2)	(3)
succionar la lengua contra el paladar	(0)	(1)	(2)	(3)
vibrar	(0)	(1)	(2)	(3)

Observaciones: _____

Paladar blando. - Sumar todos los puntos (mejor resultado = 0 y peor = 4)

Emitir "a" repetidamente	Movimiento adecuado (0)D (0)I	Movimiento reducido (1)D (1)I	Ausencia de movimiento (2)D (2)I
--------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------


Observaciones: _____



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 4.

OFICIO


UNIVERSIDAD
DE CUENCA

018930

Cuenca, 02 de Junio de 2017

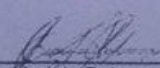
MSc.
María Luisa Verdugo
Rectora de la "Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio"
Cuenca
Ciudad.-


De mis consideraciones:

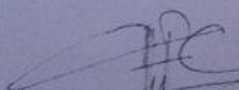
Reciba un cordial y atento saludo por parte de la Escuela de Tecnología Médica, de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Cuenca, el motivo de la presente es para y solicitarle de la manera más comedida el permiso para ejecutar una evaluación como parte del Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Fonoaudiología, denominado: "Incidencia de alteraciones motrices bucoarticulatorias del habla en niños de 5 años, en la "Unidad Educativa Zoila Esperanza Palacio". Cuenca 2017"; cuya finalidad es determinar la frecuencia de ciertas alteraciones motrices mediante la valoración funcional de las estructuras que intervienen en el habla, la misma que se desea realizar en el periodo lectivo entrante (2017-2018), la dirección del proyecto está a cargo del Lcdo. Edgar Carvajal y la asesoría a cargo de la Mst. Fabiola Palacios Coello, docentes de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Cuenca.

De antemano anticipamos nuestro agradecimiento

Atentamente.


Priscila Mariela Palomeque Bravo
Investigadora


Lcdo. Edgar Carvajal Flor
Director del Proyecto de investigación


Mst. Fabiola Palacios Coello
Asesora del Proyecto de investigación

Autorizado
05.06.2017
Solicito
Coordinación
Vicerrectoría



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 5.

RECOMENDACIONES

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE FONOAUDIOLOGÍA**

RECOMENDACIONES

Queridos padres de familia, hemos concluido la evaluación de la motricidad buco-articulatoria del habla en su hijo/a, se debe prestar mucha atención a los movimientos de las estructuras de la cavidad oral como lengua, labios, mandíbula, y velo del paladar, ya que estos órganos son los fundamentales para la participación del habla de su niño. Se considera que hasta esta edad los niños deben poseer un habla sin errores en la articulación de palabras de lo contrario se necesitará atención en terapia del lenguaje para el respectivo tratamiento.

A continuación, se brinda ciertos ejercicios para fortalecer la movilidad de las estructuras del habla:

Ejercicios linguales

- Sacar la lengua
- Tocar la nariz con la punta de la lengua
- Tocar la comisura de los labios derecha-izquierda
- Relamer labio superior
- Relamer labio inferior
- Chasquear la lengua (sonido del caballo)
- Lamer una paleta
- Sacar y meter la lengua varias veces
- Realizar vibración de lengua (r-r-r-r)
- Colocar ostias en el paladar y retirar con la punta de la lengua.
- Tocar mejillas internamente con la punta de la lengua

Ejercicios labiales

- Abrir y cerrar la boca varias veces
- Sonreír
- Mostrar dientes
- Realizar protrusión de labios (forma de beso)
- Morder labios superior
- Morder labio inferior
- Mover labios hacia derecha-izquierda
- Vibrar labios



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Ejercicios mandibulares

- Abrir y cerrar la boca lentamente
- Abrir la boca lentamente y cerrarla rápidamente
- Abrir la boca rápidamente y cerrarla lentamente
- Practicar sonidos aoaoaoaoa...auauauau.....iuiuiui.....ioioioio.
- Masticar alimentos duros Ej. Galletas
- Mover mandíbula derecha-izquierda

Ejercicios velares

- Practicar bostezo
- Toser
- Decir los sonidos ca, co, cu, que, qui
- Realizar gárgaras

Observaciones: _____



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 6.

FOTOS



Imagen 1. Protrusión labios



Imagen 2. Protrusión labios
derecha - izquierda



Imagen 3. Tocar con el ápice
de la lengua comisura
superior.